XXIV
1 24

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

DOSSIER N° 827.1
257

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES-GASTON LEBEDINSKY

Né à Paris, le 20 octobre 1900

Contribution à l'étude des ADÉNITES GÉNIENNES aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire

PRÉSIDENT : M. CUNÉO, Professeur

ÉDITIONS S. D.
Paris, 12, Rue de Hanovre, 12

1928

Contribution à l'étude

des

ADÉNITES GÉNIENNES

aiguës et chroniques

d'origine alvéolo-dentaire

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 DOSSIER N° 8271

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GEORGES-GASTON LEBEDINSKY

Né à Paris, le 20 octobre 1900

Contribution à l'étude des ADÉNITES GÉNIENNES aiguës et chroniques d'origine alvéolo-dentaire

PRÉSIDENT : M. CUNÉO, Professeur

ÉDITIONS S. D.

Paris, 12, Rue de Hanovre, 12

1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

72183

II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHALROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment°
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
RUSQUET	Pharmacologie.
M. GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
M. RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie chirurgicale
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT. . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS JAQUE

A MA FILLE ANNE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Bernard CUNÉO,

Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Hommage de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON PÈRE

Le Docteur J. LEBEDINSKY

Stomatologiste des Hôpitaux

Directeur de l'Ecole de Chirurgie dentaire
et de Stomatologie de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur ALBERT ROBIN,

Monsieur le Professeur Agrégé R. PROUST,

Monsieur le Docteur de MASSARY,

Monsieur le Professeur GUILLAIN,

Monsieur le Docteur GUILLEMOT,

Monsieur le Professeur SEBILEAU,

Monsieur le Professeur CLAUDE,

Monsieur le Professeur Agrégé LEVY-SOLAL,

Monsieur le Professeur Agrégé MATHIEU,

Monsieur le Docteur CHOMPRET,

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

A Monsieur le Docteur BOZO,

qui nous ont tous réservé le plus bienveillant accueil. Nos plus sincères remerciements pour toutes les bontés qu'ils eurent pour nous.

PRÉFACE

Avant de commencer ce travail, je tiens à rendre un hommage solennel à mon père, le Docteur J. Lebedinsky, stomatologiste des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

Cet hommage est pour moi un doux devoir.

A de nombreuses reprises, le nom de mon père reviendra au cours de cette thèse qu'il m'a inspirée, car les travaux qu'il a consacrés au sujet qui m'occupe aujourd'hui ont jeté un jour nouveau sur la question.

S'il eut des précurseurs, je peux dire que la clarté sur la question commence avec les travaux qu'il lui consacra.

Encore une fois, avant d'entrer dans le vif du sujet, je répéterai ici publiquement mes remerciements à celui qui sut cumuler les qualités d'un maître incomparable à celles d'un père plein de tendresse.

INTRODUCTION

Au moment de franchir la dernière étape qui nous met au seuil de la vie médicale, en l'espèce d'une de ses spécialités, nous voulons parler de la Stomatologie, nous avons décidé, inspiré dans notre travail par notre père, le Docteur Lebedinsky, de rédiger notre thèse sur un sujet qui nous intéresse à un double degré.

Nous consacrons, en effet, cette thèse à l'étude d'une affection relativement peu rare, mais dont la connaissance est récente, surtout en ce qui concerne son étiologie où le rôle de notre père a été démonstratif.

Cette affection c'est: l'adénite génienne.

Voici à notre sens le double intérêt de cette étude.

L'adénite génienne a été considérée en effet comme une lésion comparable, dans la majorité des cas, à une lésion ganglionnaire chronique, telle que l'adénite cervicale fistulisée et suppurée, le plus souvent bacillaire.

Cette façon d'envisager les choses a été reconnue fausse dans un grand nombre, peut-être dans le plus grand nombre de cas. Cependant cette idée persiste encore chez de nombreux auteurs.

Comme nos conclusions, basées sur de nombreuses observations, le prouvent, ces adénites géniennes, au moins dans le plus grand nombre des cas (nous disons dans le plus grand nombre, car il ne faut pas être absolu), sont en rapport avec des lésions chroniques d'origine buccale, plus particulièrement d'origine gingivo-dentaire.

Le double intérêt de notre thèse réside donc dans les faits suivants: d'une part, l'étude des adénites géniennes ressort du domaine de la pathologie générale, par con-

séquent de la médecine orthodoxe; d'autre part, l'étude des adénites géniennes, en ce qui concerne leur étiologie, nous dirige vers une spécialité médicale: la Stomatologie.

Il en résulte donc que ceux qui considèrent la pathologie générale et la spécialité que nous allons exercer comme deux entités isolées et nettement séparées, ont une conception fausse, puisque comme nos observations le prouvent dans le cas qui nous intéresse, la pathologie générale est sous la dépendance étiologique d'une spécialité: la Stomatologie.

Nous espérons donc que, à la suite des nombreux travaux qui tendent à prouver l'unité de la pathologie, l'intrication de toutes les maladies et de toutes les lésions, les rapports mutuels des lésions dépendant des spécialités avec l'état général, que notre thèse viendra s'ajouter à tous les travaux, tant français qu'étrangers, montrant que, quelle que soit la maladie dont un organisme est atteint, il est bon de rechercher une origine n'étant pas toujours classiquement admise, mais qui ne s'en avère pas moins comme juste, tant par le laboratoire que par la clinique.

Nous sommes de ceux pour qui, quelle que soit la spécialité envisagée, celle-ci n'est qu'une partie d'un tout. Pour connaître cette partie, il faut connaître le tout. Galippe, dans une formule brève et sonore, résumait son opinion en disant: « Medicina una ». Il n'avait pas tort.

L'étude des différentes causes, tant buccales que dentaires qui influent sur l'état général, fait partie de la médecine au même titre que les autres spécialités.

PLAN GÉNÉRAL

I. Historique des ganglions géniens.

II. Preuves de l'existence des ganglions géniens :

a) *Preuves anatomiques ;*

b) *Preuves cliniques.*

c) *Preuves histologiques ;*

III. Topographie clinique des ganglions géniens.

IV. Étiologie des adénites géniennes.

V. Forme clinique des adénites géniennes. Traitement.

VI. Observations.

VII. Conclusions.

I

HISTORIQUE ANATOMIQUE

L'étude des adénites géniennes est relativement récente. Puisque, comme le note Paul Vigier dans sa thèse présentée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, et soutenue publiquement le 17 novembre 1892, la plupart des auteurs qui ont traité des lymphatiques, passent sous silence les ganglions géniens.

En Allemagne, jusqu'au début du vingtième siècle, les anatomistes les plus consciencieux dans les descriptions détaillées qu'ils fournissent de la face, ne signalent jamais de ganglions lymphatiques dans la joue.

Les Anglais, quelques-uns du moins, sont déjà plus précis.

Gray les laisse supposer, Mac Clellan, par contre, n'en parle pas; Cruikskank les entrevoit et voici, d'après la thèse de Leduc, publiée en 1905 (Paris), ce qu'il en dit: «...On trouve de petites glandes qui appartiennent aux « absorbants des côtés du visage. Les plus élevées sont « immédiatement sous les apophyses zygomatiques des « temporaux; d'autres sont logées sur la surface externe « des parotides aussi bien qu'au-dessus des buccinateurs. « Il peut y en avoir 4, 5 ou 6, quelquefois aucune. ». (*The anatomy of the absorbing vessels of the human body*, Londres, 1786.)

Dans le livre où il étudie l'anatomie de la face, Luschka, qui cependant est un spécialiste des lymphatiques, consacre un chapitre à la circulation lymphatique de la

face, mais ne fait aucune allusion à l'existence des ganglions qui nous intéressent.

Voici quelques passages de Luschka, dans lesquels cet auteur nous indique sa façon d'envisager les lymphatiques de la face:

« ...Ils suivent les cours des gros vaisseaux sanguins « du visage, ainsi qu'on peut le voir à la superficie et « dans la profondeur. Les vaisseaux lymphatiques super- « ficiels du visage forment quelques troncules volumi- « neux qui descendent obliquement dans la direction de « la veine faciale antérieure. Ils reçoivent les lymphati- « ques du front, des paupières, des parties extérieures « du nez, des joues, des lèvres, du menton. »

Notons déjà que l'origine possible des lymphatiques de la région gingivo-dentaire reste ignorée. «...Au voisi- « nage du maxillaire inférieur, ils communiquent avec 5 « ou 6 glandules sous-maxillaires dont les unes sont « situées sur le trajet des vaisseaux sanguins et les autres « sont enchassées entre les deux extrémités voisines du « maxillaire inférieur et de la parotide. Les lymphati- « ques profonds du visage correspondent essentiellement « à la distribution de la maxillaire interne avec son « plexus pterygoïdien. Ils se réunissent à quelques troncs « qui se rendent à la partie la plus élevée du plexus jugu- « laire interne. Parmi ceux-ci se trouvent les lympha- « tiques qui ramènent la lymphe des cavités orbitaires « et nasales ainsi que des fosses temporales et ptérygo- « palatines. En outre, les lymphatiques, qui ramènent la « lymphe des parties les plus profondes de la joue ainsi « que du palais et de la partie nasale du pharynx, com- « muniquent avec les glandules maxillaires internes dont « quelques-unes sont situées entre la partie postérieure « du buccinateur et la paroi du pharynx. Deux ou trois « sont logés entre les lobules de la parotide et où celle-ci « rejoint la branche montante du maxillaire inférieur. »

Dans son atlas des vaisseaux lymphatiques, Mascagni (Paulo Mascagni: *Vasorum lymphaticorum corporis humani, historia et iconographia,* 1787) indique deux ganglions assez volumineux qui reposent sur la face externe du muscle buccinateur, un peu en avant du masséter, au-dessous du canal de Sténon, et entourant l'artère faciale. Les deux ganglions émettent des troncs qui communiquent avec les ganglions parotidiens et pré-auriculaires, avec les ganglions sous-maxillaires et avec les lymphatiques labiaux.

Cloquet, qui reproduisit dans son anatomie les dessins de Mascagni, oublia les ganglions géniens dans la reproduction du dessin. Dans son texte, il en parle, il est vrai, mais si brièvement: « ...On en observe quelques-uns sur le buccinateur ». (*Traité d'anatomie de Cloquet,* tome II, page 593.)

A partir de cette période, et pendant près d'un siècle, les anatomistes oublièrent l'existence des ganglions géniens. L'atlas de Sappey n'en signale pas. L'anatomie topographique de Richet n'en parle pas non plus. Tillaux signale un ganglion appartenant à la région mentonnière, ganglion siègeant entre le bord antérieur du masséter et la houppe du menton, d'une part, le bord inférieur du maxillaire et le repli gingivo-buccal, de l'autre.

Jusqu'à la fin du dix-neuvième siècle donc, pas de ganglions géniens.

Ce n'est qu'à la suite des travaux de l'Ecole de Lyon que les ganglions furent découverts et étudiés à nouveau (Poncet).

La thèse de Paul Vigier (1892) indique une note qui parut dans la *Gazette hebdomadaire et de Chirurgie* (20 août 1892), note signée par Debierre de Lille:

« Debierre se rappelle avoir observé lors d'une dissec-
« tion du nerf facial et lors d'une injection au mercure

« des ganglions parotidiens, un ou deux lymphatiques « suivant le canal de Sténon et aboutissant à un ou deux « petits ganglions de la grosseur d'une lentille situés « sur la face externe du buccinateur, à l'endroit même « où le canal de Sténon perfore ce muscle. De ces petits « ganglions, partaient des lymphatiques dont les uns « s'engagaient dans l'épaisseur même du buccinateur, « et dont les autres se dirigeaient vers les ganglions sous- « maxillaires de la région malaire et des lèvres. »

Testut, toujours d'après Vigier, déclara avoir trouvé un ganglion de la face « à siège tout à fait anormal. Une « première fois le ganglion était situé sur l'angle de l'œil « pour se rendre au niveau de l'angle inférieur et anté- « rieur du masséter, à la réunion du tiers supérieur de « cette ligne avec les deux tiers inférieurs; ce ganglion « était voisin de la veine faciale ».

Dans une seconde dissection, Testut a rencontré un ganglion lymphatique dans le sillon naso-génien. « Ex- « ceptionnellement, dit-il, on rencontre quelques gan- « glions à la face. Ils sont toujours de petite dimension « et se disposent ordinairement le long de la veine fa- « ciale. J'en ai observé un sur une jeune femme d'une « trentaine d'années dans le sillon naso-génien du côté « droit. » (Testut, *Traité d'anatomie humaine, deuxième* édition, tome II, page 300.)

Jaboulay a pratiqué plusieurs fois des dissections de la joue, inspiré dans ses recherches, par des observations cliniques de Poncet. Le sujet de ses recherches était une jeune fille qui avait succombé à des lésions tuberculeuses multiples. On trouva au-dessus du bord du maxillaire inférieur trois petits ganglions très nets, situés entre l'artère et la veine faciale, superposés les uns aux autres, et distants entre eux de plusieurs millimètres.

Le premier était situé un peu au-dessus, de la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur; le deuxième répondait au bord alvéolaire; le troisième à

la face externe du buccinateur, se trouvant plus ou moins au-dessus d'une ligne prolongeant en arrière la commissure labiale. L'examen histologique confirma la nature lymphatique de ces lobules.

En 1899, Capette-Laplaine, dans un très intéressant travail inspiré par Princeteau, étudie les différentes classifications proposées par les auteurs.

A ce sujet, il réfute la classification qui avait été proposée par Vigier et qui, suivant Capette-Laplaine, avait le désavantage d'être inexacte, parce que basée uniquement sur la clinique. A titre documentaire nous rappellerons la classification proposée par Vigier-Albertin, qui comprenait deux sortes de ganglions. D'une part, des ganglions superficiels divisés en trois groupes:

1) Massétérins, sur la face externe du masséter;

2) Commissuraux;

3) Sous-orbitaires et malaires.

La seconde catégorie comprenait toujours, d'après Vigier-Albertin, des ganglions profonds situés non plus comme les premiers au-dessus des aponévroses, mais au-dessous de l'aponévrose du buccinateur.

Ces ganglions profonds seraient inexistants d'après Capette-Laplaine et Princeteau, et l'erreur proviendrait du fait que ces ganglions auraient été observés alors qu'en réalité les observateurs les auraient confondus avec des glandules salivaires.

Après avoir critiqué la classification de Vigier-Albertin, Capette-Laplaine en propose une autre qui, d'après lui, a le mérite non seulement d'être basée sur la clinique, mais également sur des recherches anatomiques.

Cette classification, Capette-Laplaine et Princeteau ne la revendiquent pas comme la leur, puisque Capette-

Laplaine déclare lui-même qu'il ne fait que reprendre la classification proposée par Bourgery et Jacob.

Voici cette classification:

1) Ganglions buccaux:

Ils sont situés sur la face externe du buccinateur, sur le bord antérieur de la veine faciale, et se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ils furent observés dix fois sur trente-deux dissections. Ce groupe se compose de deux ganglions au maximum;

2) Le groupe sus-maxillaire:

C'est le plus fréquent, puisqu'il fut observé quatorze fois sur trente-deux dissections. A ce groupe sus-maxillaire se trouve annexé un ganglion intermédiaire entre ce groupe et le groupe buccal;

3) Le groupe infra-maxillaire, si groupe il y a, puisqu'il est représenté par un seul ganglion qui fut dessiné par Mascagni, Bourgery et Jacob, mais ne fut étudié que par Princeteau. C'est un ganglion intermédiaire entre le groupe sous-maxillaire et le groupe sus-maxillaire: c'est le ganglion infra-maxillaire de Princeteau.

En 1901, le Docteur Lebedinsky fit part à la Société de Stomatologie d'une communication concernant les adénites géniennes au cours de laquelle les principales caractéristiques concernant ces adénites sont demeurées exactes et sur lesquelles nous reviendrons au cours de notre travail.

A partir de cette époque, les auteurs qui s'occupèrent de la question furent nombreux, tant parmi les anatomistes que parmi les cliniciens, tant en France qu'à l'étranger.

Dans son *Anatomie,* Poirier et Cunéo les étudient Ils leur preférent le qualificatif de faciaux au qualificatif de géniens. Ils les divisent en trois groupes:

a) Un groupe inférieur sus-maxillaire;

b) Un groupe moyen ou buccinateur plus rare. Ce groupe se subdivisant lui-même en:

1) Ganglions rétro-vasculaires ou postérieurs, en arrière de la veine faciale, au point où le canal de Sténon perfore le buccinateur;

2) Ganglions moyens ou inter-vasculaires, entre l'artère et la veine faciale, en arrière de la commissure.

c) Un groupe supérieur comprenant des ganglions naso-géniens sous-orbitaires et malaires.

Tous les ganglions cités ci-dessus sont des ganglions sous-cutanés.

Dans son *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche* (Paris, Masson, deuxième édition 1907) Cruet, rappelle l'existence des ganglions géniens, sans insister outre mesure.

Dans son *Atlas manuel des maladies des dents,* de Preiswerk, traduit par Chompret, ce dernier, dans une note additionnelle rédigée par lui-même, indique l'existence, d'après Poncet et Princeteau, de ces ganglions géniens.

Le *Traité de Stomatologie,* pas plus dans la première édition (Gaillard et Nogué) que dans la seconde, qui vient de paraître (Nogué et Herpin), ne signale la présence, dans le tome consacré à l'Anatomie de la bouche, de ganglions géniens.

L'*Anatomie de Rouvière,* page 213 (1924) indique, par contre, ces ganglions: «... On trouve parfois à la face sur le trajet des vaisseaux faciaux et des lymphatiques tributaires des ganglions sous-maxillaires, de petits gan-

glions ou nodules intercalaires appelés géniens ou faciaux. ». Ces ganglions, inconstants, sont:

1) Le ganglion sus-maxillaire situé au niveau de l'angle antéro-inférieur du masséter;

2) Les ganglions buccinateurs, placés sur la face externe du buccinateur;

3) Les ganglions du sillon naso-génien et sous-orbitaire.

Il est à espérer, tant au point de vue anatomique que clinique que, malgré les différentes classifications proposées, ces ganglions finiront par être connus et ne disparaîtront pas de la circulation lymphatique comme ils le firent pendant plus d'un siècle.

II

PREUVES DE L'EXISTENCE DES GANGLIONS GÉNIENS

a) Les preuves anatomiques semblent être largement faites dans le début de notre travail dans le chapitre concernant l'historique. Nous ajouterons, néanmoins, des preuves toutes récentes qui sont prises dans la thèse de notre ami Sassier, thèse publiée sous l'inspiration de M. le Professeur Rouvière, et dont le sujet englobe la connaissance des lymphatiques des parois de la cavité buccale. Les travaux de Sassier ont été conduits avec rigueur et précision. Il a utilisé pour ses recherches une technique serrée, la méthode de Gerota.

Or, voici, en ce qui concerne les recherches de Sassier, les résultats de ses travaux. Bien qu'il note l'inconstance de leur existence, Sassier en a trouvé seize fois sur deux cent dix dissections. Ceci indique une proportion de sept et demi pour cent.

Mais, comme Vigier le déclare dans sa thèse, il ne faut pas, à notre sens, s'appesantir par trop sur cette inconstance, car il est possible que, normalement, ces ganglions géniens s'observent difficilement en raison de leur volume minime. Il est posible que l'observation de ces ganglions ne se fasse que lorsque ceux-ci sont dans un état pathologique, soit aigu, soit chronique, comme nous le verrons dans la partie clinique de notre travail.

b) *Preuves cliniques:* Si tous les auteurs anatomistes n'ont pas retrouvé dans leurs recherches les ganglions géniens, rappelons, encore une fois, comme nous l'avons dit plus haut que c'est en raison de leur petitesse à l'état normal. Les preuves cliniques qui tendent à démontrer

leur existence, sont extrêmement nombreuses. La thèse de Vigier cite vingt observations d'adénites géniennes. Ces observations, communiquées par Poncet, sont typiques.

Et si nous ne sommes pas toujours d'accord avec ces deux auteurs, en ce qui concerne l'étiologie de ces lésions, il n'en demeure pas moins vrai que quelle que soit leur origine, on a nettement affaire à des adénites géniennes.

En 1901, mon père communiqua plusieurs observations de ces adénites, dont plusieurs figurent dans les *Archives de Stomatologie* (nos 7, 8, 9, 10, août, septembre, octobre 1902), ainsi que dans le *Traité de Stomatologie*.

D'autres auteurs communiquèrent également des observations, parmi eux nous citerons: Petit, Albertin, Capette-Laplène, Buchbinder, Kuttner, Thévenot, Partch, Mériel, Trendel, Montès, Nogué et Leduc, etc.

Plus récemment, parmi les nombreux auteurs qui ont observé des cas semblables, nous citerons le Docteur Gérard Maurel, qui a bien voulu nous communiquer ses observations où l'on ne trouve, d'ailleurs, que la confirmation de la thèse que nous défendons.

Ce second paragraphe, consacré à la preuve clinique, des adénites géniennes, se terminera ici. A ce paragraphe correspondront les observations terminant ce travail et qui seront, plus que ces quelques lignes théoriques, la preuve nette de l'existence des ganglions géniens, révélée par les adénites géniennes.

Comme le note mon père dans le *Traité de Stomatologie*, au chapitre des adénites géniennes, «...c'est surtout la clinique qui a éveillé l'attention des anatomistes, et ces derniers ont confirmé par leurs recherches minutieuses les constatations des cliniciens. ».

c) *Preuves histologiques*: L'histologie est venue nettement renforcer la théorie constatant l'existence de ganglions dans la région génienne.

L'examen des tissus a prouvé que l'on avait bien affaire à des nodules lymphoïdes caractéristiques, constitués en coupe par une membrane d'enveloppe capsulaire, abordée et traversée par des vaisseaux lymphatiques; d'une part, par des vaisseaux lymphatiques afférents dont nous discuterons l'origine plus loin, et des vaisseaux lymphatiques éfférents.

La partie médulaire du ganglion démontre la présence de sinus cloisonnés par des trabécules anastomosés délimitant une série de mailles. A l'intérieur des mailles, on note les éléments caractéristiques des ganglions et du tissu lymphatique, puisqu'on observe au milieu de ces mailles une grande quantité de lymphocytes. On a observé également des leucocytes mononucléaires. Leur observation au niveau des ganglions géniens ne révèle d'ailleurs absolument rien d'anormal.

Les preuves histologiques sont absolument nettes.

Comme dans d'autres ganglions on a observé des corps particuliers, facilement colorables, nous voulons parler des corps tingibles de Flemming, qui seraient là, comme dans les autres ganglions, la preuve que les ganglions géniens ont un rôle défensif net; ces corps tingibles représentent, en effet, des résidus phagocytés, résidus inabsorbables et qui subsistent comme la preuve d'une activité cellulaire protectrice.

III

TOPOGRAPHIE CLINIQUE DES GANGLIONS GÉNIENS

Comme la topographie de la majorité des ganglions, celle des ganglions géniens ne présente rien d'absolu.

Mais, à la suite des travaux dont nous avons parlé au cours de l'historique, on peut les diviser en trois groupes.

a) D'une part, un groupe que l'on peut observer sur la face externe de l'arc du maxillaire inférieur, un peu au-dessus du bord inférieur de cet os.

Ce sera le groupe sus-maxillaire (auquel groupe est annexé l'infra-maxillaire de Princeteau).

b) D'autre part, un groupe à peu près à la hauteur de la commissure labiale, environ à égale distance entre le bord antérieur du masséter et la commissure labiale. Ce groupe comprend de deux à quatre ganglions placés en avant ou en arrière des vaisseaux faciaux.

Ce sera le groupe buccinato-commissural.

c) Enfin, un dernier groupe constitué par plusieurs ganglions. Les uns sur la face externe de l'os malaire, d'autres au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur.

Ce groupe sera le groupe malaire.

Annexé à ce groupe, nous trouverons un ganglion qui nous intéressera plus que ses congénères du même groupe: ce sera un ganglion situé au niveau du pli naso-génien: le ganglion naso-génien.

Il est infiniment probable que tous ces ganglions sont sous-cutanés.

Et il semble que les auteurs qui ont étudié des ganglions profonds aient confondu, comme le note Princeteau, ces ganglions avec les glandules de la muqueuse salivaire de la région molaire.

La recherche de ces ganglions est, en effet, délicate. Sans être rares, ces ganglions sont inconstants, leur topographie n'est pas absolue; certains groupes sont décelables chez certains individus, alors que chez les mêmes sujets les autres groupes sont absents.

Nous avons déjà dit plus haut que ces ganglions géniens reçoivent des lymphatiques des cavités buccales, nasales, des ailes du nez, de la lèvre supérieure et inférieure, de la paupière inférieure, de la région malaire du masséter et de la région parotidienne.

L'origine qui nous intéresse le plus, celle qui intervient dans le plus grand nombre de cas dans l'étiologie des adénites, c'est l'origine buccale, en l'espèce, l'origine alvéo-dentaire.

Cette correspondance avait déjà été entrevue en 1888, par Pollosson, qui, au cours d'une leçon faite à la Croix-Rousse, à Lyon, s'exprimait ainsi:

« ...Plus rarement dans les affections des dents de la « mâchoire supérieure, il se développe une adénite paro- « tidienne. Il existe encore une localisation ganglion- « naire que je vous signale en passant. Sur le trajet de « l'artère faciale, sur le bord antérieur du muscle massé- « ter se trouve un ganglion dont la pathologie serait à « faire. Ce ganglion facial est parfois le siège d'un « adéno-phlegmon, d'origine dentaire. ».

Il restait à trouver les rapports existant entre les groupes ganglionnaires et le territoire alvéolo-dentaire.

Ce fut le mérite de mon père, qui, à la suite d'un très grand nombre d'observations cliniques d'adénites gé-

niennes, pour lesquelles une infinité de causes générales avait été invoquée, à commencer par la tuberculose, établit un rapport topographique et étiologique entre ces adénites, par conséquent, entre ces ganglions et les territoires alvéolo-dentaires suivants :

a) Au groupe sus-maxillaire, correspond un territoire englobant les molaires et les prémolaires du maxillaire inférieur;

b) Au ganglion naso-génien du second groupe, correspondent les dents, les alvéoles des canines et incisives du maxillaire supérieur;

c) Au groupe buccinato-commissural, correspond un territoire comprenant les molaires et prémolaires du maxillaire supérieur.

***

Les correspondances ganglionnaires ne sont évidemment pas absolues, mais elles sont cependant fréquentes et leur connaissance s'impose à ce titre.

Nous ajouterons que, dans bien des cas, les dents peuvent réagir directement sur les ganglions sous-maxillaires, les ganglions géniens inconstants, pouvant, par leur absence, supprimer ce premier relai de défense.

IV

ÉTIOLOGIE DES ADÉNITES GÉNIENNES

L'étiologie des adénites géniennes présente, historiquement parlant, un caractère particulier. En effet, au cours du siècle précédent et même encore à l'heure actuelle, malgé les travaux de stomatologistes tels que ceux de mon père, travaux illustrés par de nombreuses observations cliniques, malgré les recherches anatomiques qui ont prouvé la connection possible entre les régions buccales et gingivo-dentaires avec cette série de ganglions, il n'en demeure pas moins vrai que l'on considère, encore aujourd'hui, la plupart de ces adénites comme relevant de la tuberculose.

N'est-ce pas là un reste d'habitude qui fait que, lorsqu'on ignore l'origine d'une lésion, on est tenté par un mécanisme, d'ailleurs facile à comprendre, comme pour se donner le change à soi-même, d'attribuer des lésions inconnues quant à l'origine à une cause qui serait susceptible de les provoquer. Cette pensée constitue presque un calcul des probabilités, et il n'est pas étonnant que pour s'éclairer soi-même on ait eu dans ce cas, comme dans bien d'autres, la tentation de le faire par désir de masquer une partie de son ignorance.

Récemment, un article de la *Presse Médicale* (1er juin 1921), par Lenormand, étudie la question des adénites géniennes. Après un intéressant préambule où l'auteur de l'article examine la topographie des ganglions géniens qu'il divise, comme Poirier et Cunéo, en trois groupes, le groupe inférieur ou maxillaire, le groupe moyen ou buccinateur, le groupe supérieur, l'auteur cite les affections susceptibles de se rencontrer au niveau des ganglions géniens. « ...Toutes les affections susceptibles de

« se rencontrer au niveau des ganglions lymphatiques « peuvent frapper ceux du groupe génien. Mais, il faut « bien reconnaître, que certaines y sont tout à fait excep- « tionnelles. On cite comme des curiosités, le cas unique « d'adénites syphilitiques accompagnant un chancre de « la lèvre, qu'a observé Capette-Laplène, et le cas égale- « ment unique de lymphadénomes d'un ganglion génien « rapporté par le même auteur. »

A ce propos, nous noterons que le cas d'adénites syphilitiques n'est pas unique, puisque, en dehors d'autres cas, anatomiquement possibles, la thèse de Leduc (1905) rapporte une adénite primitive observée par Fournier à la suite d'un chancre de l'œil:

«...L'adénite cancéreuse serait assez fréquente au dire « des auteurs allemands, et Trendel en a réuni 25 cas « observés dans des cancers de la face, du nez, des lèvres « et de la parotide et même du maxillaire supérieur. « Pour ma part, je n'en ai pas vu un seul cas bien que « j'ai recherché systématiquement des ganglions géniens « chez les nombreux malades atteints de cancers de la « face ou des lèvres que j'ai eu à traiter à l'hôpital « Saint-Louis.

« En fait, deux variétés seulement d'adénites génien- « nes sont d'observations banales: l'adénite aiguë et l'a- « dénite tuberculeuse.

« La première a été bien étudiée par les chirurgiens « lyonnais. La porte d'entrée de l'infection est dans une « excoriation ou une lésion quelconque de la face, de la « gorge (angine), et surtout de la gencive ou des dents de « la mâchoire supérieure, en particulier des molaires. Le « plus souvent, le ganglion suppure et l'on se trouve en « présence d'un adéno-phlegmon, avec rougeurs et gon- « flements diffus de la joue, qui finit par s'ouvrir à la « peau. On a parlé parfois d'ouverture dans la bouche, « mais ces cas, tous d'origine dentaire, me paraissent « suspects et concernent vraisemblablement des suppu-

« rations d'origine ostéo-périostique et non ganglion-
« naire.

« L'adénite tuberculeuse est probablement la plus fré-
« quente des adénites géniennes. C'est, en tous cas, celle
« que j'ai rencontrée le plus souvent. Elle peut accompa-
« gner une adénite tuberculeuse cervicale de la région
« sous-maxillaire ou carotidienne, et le diagnostic en est
« alors des plus faciles; mais il est plus habituel de la
« voir exister seule. Dans toutes mes observations, l'adé-
« nite génienne était isolée.

« Cliniquement, les symptômes sont ceux de toute adé-
« nite tuberculeuse superficielle..... etc. ».

Puis, plus loin: « Le diagnostic de la tuberculose des
« ganglions géniens ne semble pas très difficile pour peu
« que l'on connaisse cette affection et que l'on y pense.
« C'est le diagnostic de toutes les adénites tuberculeuses.
« L'absence de réactions inflammatoires franches et l'in-
« dolence les distingue des adénites aiguës par infection
« banale. L'adénite chronique, non tuberculeuse, que
« certains auteurs ont décrite ici, comme au cou, et qui
« serait due à des angines répétées ou à des caries
« dentaires, me paraît avoir une existence plus théorique
« qu'établie par les faits; je reste persuadé, en tous cas,
« qu'une adénite cervicale ou génienne à évolution froide
« qui aboutit à la suppuration est toujours tubercu-
« leuse. »

Nous pensons que l'opinion de Lenormand est, en grande partie, inexacte. Qu'il existe des adénites géniennes tuberculeuses, le fait est certain. Mais que ces adénites tuberculeuses soient le plus grand nombre, c'est là une opinion contre laquelle nous nous élevons avec vigueur.

En effet, parmi près de deux cents observations recueillies depuis de nombreuses années dans les services de stomatologie par mon père, il en existe à peine quel-

ques-unes pour lesquelles l'origine dentaire n'était pas absolument certaine.

Parmi ces observations, nombreuses étaient celles qui, après avoir été diagnostiquées adénites tuberculeuses dans des services de médecine ou de chirurgie, après avoir été traitées dans ce sens pendant de longues années sans aucun résultat, la guérison fut obtenue avec une rapidité déconcertante quelques jours seulement après l'extraction de la dent causale.

Et ce sera ici l'occasion de regretter que, dans de nombreux services de médecine et de chirurgie, la bouche soit considérée comme une zone privée d'intérêt et souvent systématiquement éliminée dans l'examen général du sujet malade.

Les cas seraient nombreux, pour lesquels un examen aussi simple permettrait d'éclairer un diagnostic demeurant difficile malgré de nombreuses recherches, tant cliniques que de laboratoire. Le but de notre thèse n'est pas d'étudier les différentes lésions locales et générales ayant une origine buccale, mais on nous permettra, en passant, de le rappeler.

A titre historique, je reproduirai, ici-même, une note typique, note prise entre de nombreuses autres par mon père, et qui se trouve dans le fascicule du *Traité de Stomatologie*. Justement, au chapitre des adénites cervico-faciales, particulièrement des adénites géniennes, chapitre fait par mon père.

« ...Nous avons observé tout dernièrement deux mala-
« des atteints d'adénites géniennes fistulisées et diagnos-
« tiquées comme de nature tuberculeuses.

« Un de ces malades portait une fistule à la joue droite
« depuis dix-sept ans. Ni le traitement médical ni le trai-
« tement chirurgical n'ont pu aboutir à la guérison.

« Nous sommes intervenus du côté de la région gin-
« givo-dentaire, en faisant l'avulsion d'une prémolaire
« inférieure atteinte de mortification pulpaire et le ma-
« lade a guéri au bout de huit jours.

« Le second malade, tuberculeux, lui, portait égale-
« ment une fistule de la joue depuis un an et diagnosti-
« quée tuberculose de la joue.

« L'intervention du côté dentaire a amené la guérison
« en trois semaines. ».

Au cours des observations que l'on lira à la fin du travail, nous verrons d'autres cas à peu près semblables, et qui semblent bien prouver la rareté relative des adénites tuberculeuses de la joue, en faveur de ces adénites d'origine gingivo-dentaire.

***

Quand bien même on aurait à faire à une adénite tuberculeuse, il serait intéressant de rechercher l'origine du bacille de Koch, et la voie suivie par lui, pour arriver à cette localisation génienne.

Nous laisserons de côté les cas dans lesquels l'individu est tuberculeux, présentant une source de bacille de Koch, soit au niveau de ces ganglions trachéo-bronchiques, soit ailleurs. En ce cas, il s'agit d'une localisation ganglionnaire qui, hormis sa situation, ne présente rien de particulier et peut être, en tous points, comparée à d'autres adénites tuberculeuses, telles que celles de la chaîne jugulaire.

Nous envisagerons spécialement le cas d'une adénite génienne tuberculeuse unique, nous demandant si son origine ne peut être également recherchée au niveau des lésions de la région gingivo-dentaire. Dans le cas positif, on aurait donc encore affaire à une adénite génienne d'origine dentaire, dans laquelle, néanmoins, s'observeraient des lésions tuberculeuses.

Nous allons, à l'aide d'observations de Maurel, étudier cette possibilité.

Maurel, dans des observations récentes (*Revue Odontologique*, nos 9 et 10 septembre, octobre 1927), relate deux cas d'adénites géniennes dans lesquelles l'intervention sur les dents suspectes et même sur une dent saine, possible en raison de sa situation, ne donna aucun résultat dans l'évolution de ces deux adénites. Si le laboratoire ne révéla pas de bacilles de Koch, la clinique montra nettement une tuméfaction qui fut diagnostiquée comme de nature tuberculeuse. D'autre part, dans la seconde observation de Maurel, la recherche histologique faite par le Docteur Grandclaude révéla, d'une façon assez nette, la nature tuberculeuse de l'adénite.

« ...Les fragments examinés montrent, dans un tissu « très nécrosé, quelques follicules tuberculeux encore « reconnaissables avec cellules géantes, couronnes épi- « théloïdes et lymphoïdes. ». La conclusion est nette: « Il s'agit d'une lésion tuberculeuse typique. ».

De même que pour le passage des microbes banaux de l'adénite génienne d'origine dentaire non spécifique, sans germe particulier, mais due simplement a des microbes banaux, en particulier, aux staphylocoques, on s'est demandé par quel mécanisme les microbes pouvaient arriver au niveau des ganglions.

Les avis à ce sujet sont très controversés. Si, pour les uns, la porte d'entrée dentaire est possible, pour les autres, par contre, elle ne l'est pas.

Les premiers, à la suite des travaux de Waldeyer, de Schweitzer et de Guerner, admettant qu'il y a des lymphatiques dans la pulpe (et les recherches de Schweitzer semblent leur donner raison), expliquent facilement la pénétration de germes par la voie lymphatique, soit que la pulpe soit en communication directe à la suite de lésions pénétrantes de la dentine, de dentinite profonde, soit que les microbes puissent pénétrer à

l'occasion d'une carie non profonde jusqu'à la pulpe par l'intermédiaire des canalicules de Tomes.

Ce raisonnement peut s'appliquer aussi bien aux microbes du polymicrobisme buccal, qu'à des germes spécifiques tels que celui de la tuberculose. La présence du polymicrobisme et son rôle ont été excellemment étudiés par la thèse que mon père consacra à ce sujet en 1898.

Quand au bacille de Koch, son passage est possible si l'on admet la théorie de Schweitzer car, comme le rappelle Rousseau Decelle (*Infections générales et cavités buccales, éditions Semaine dentaire* 1927). «... Cette « porte d'entrée dentaire ressort des observations de « Morgan, Hendrix, de Jessen, de Aufrecht, de Sabra- « zès, de Vayressat et Paulet, de Stark, de Cooke, de « Hoppe, etc., qui ont trouvé des bacilles tuberculeux « dans des cavités de caries, chez un très grand nombre « d'enfants. »

Toujours, d'après l'intéressant travail de Rousseau-Decelle: « ...D'autre part, Cornet, Odenthal, ont fait l'expérience suivante: ils trépanent une dent, déposent dans la pulpe du bacille de Koch et l'obturent; cinq semaines après les animaux présentent une tuberculose ganglionnaire du même côté. Mendel trépane des dents de lait chez des jeunes singes et inocule du bacille de Koch ; quelques semaines plus tard les singes meurent de granulie aiguë sans lésion ganglionnaire bien marquée; il fait les mêmes expériences sur les dents permanentes de lapins: trois ou quatre mois plus tard les lapins meurent avec des symptômes de tuberculose chronique avec infiltration ganglionnaire ».

Par contre, certains auteurs, en particulier Sebileau, n'admettant pas la présence de lymphatiques dans la pulpe et les recherches histologiques et anatomiques de Sassier, semblent lui donner également raison; une carie profonde serait capable en dehors des lésions d'ostéite et d'ostéo-phlegmon polymicrobien de donner des

lésions de l'os mais non pas d'adénites ou d'adéno-phlegmon d'origine purement dentaire

La thèse de Truffert: *Diagnostic et traitement des phlegmons péri-mandibulaires d'origine dentaire* (travail du service du professeur P. Sébileau) est absolument nette à ce sujet:

« ...Toutes les manifestations phlegmoneuses de la ré-
« gion mandibulaire secondaire à une carie dentaire sont
« des phlegmons sous-périostés, des ostéo-phlegmons, ti-
« rant leur origine d'une propagation directe de l'infec-
« tion alvéolaire ».

Par contre, d'après le professeur Sébileau, les complications ganglionnaires sont possibles lorsque en même temps que la carie s'observe une lésion infectieuse du ligament alvéolo-dentaire.

Car si l'opinion en ce qui concerne la présence des lymphatiques dont la pulpe est variable suivant des auteurs, tous sont d'accord pour reconnaître la présence de lymphatiques dans ce ligament.

***

A ce propos, nous nous permettons de reproduire, traduit de l'anglais, des travaux très récents d'un auteur à la suite desquels les deux théories au lieu de s'affronter pourraient se concilier.

Il s'agit d'un travail important paru dans *The Journal of American dental Association* de mai 1927, et signé par E. W. Fish, M. D. Ch. B. L.D.S. de Londres. Cet auteur qui a étudié très sérieusement la question et qui accompagne son travail de microphotographies, a une opinion qui mérite d'être étudiée et grâce à elle si les travaux et les hypothèses sont exactes, les deux théories concernant la présence de lymphatiques dans la pulpe pourront être mis d'accord.

Et voici en grande partie résumés les travaux de Fish concernant cette question. Le titre est le suivant: « *La circulation de la lymphe dans la dentine et l'émail* ».

L'auteur se propose d'étudier au cours d'expériences la façon dont la dentine et l'émail (cette hypothèse nous déroute un peu), sont irriguées par les liquides oraniques et par quel mécanisme.

D'après Fish, non seulement il existerait des lymphatiques dans la pulpe, mais l'espace compris entre les fibrilles et les canalicules de Tomes de la dentine serait parcouru par une intense circulation lymphatique. En dehors de cette circulation, il existerait dans la couche sous-adamantine une zone constituée par les branches terminales des tubes de Tomes, branches terminales s'anastomosant de façon à baigner la portion terminale de la dentine. D'après Fish, il y aurait une circulation permanente à ce niveau mais, ce qui est fort intéressant à notre sens, c'est que d'après l'auteur, non seulement cette circulation mettrait en contact la dentine avec la pulpe, mais il existerait au niveau des alvéoles de nombreuses anastomoses entre ce système lymphatique intra-dentaire et les lymphatiques du périodonte.

Nous n'insisterons pas sur les travaux très intéressants d'ailleurs concernant la présence de lymphatiques entre les prismes de l'émail qui nous intéressent à un moindre degré, mais sans relater ici la technique serrée, et qui semble justifier les travaux de Fish, nous insisterons sur les importantes conséquences susceptibles d'être tirées du point qui nous intéresse à la suite de ces travaux.

On peut supposer que en dehors du passage que l'école du professeur Sébileau n'admet pas, passage par la voie pulpaire pouvant donner des adénites et des adéno-phlegmons, on peut supposer que ce passage étant impossible, la présence d'adénites et d'adénophlegmons reste possible par passage latéral des micro-

bes, de la carie dans le ligament et à partir du ligament tout le monde est d'accord puisque tout le monde admet la présence de lymphatiques dans les ligaments.

Dans ce cas, une petite objection serait à faire aux travaux de Fish. Alors que ce dernier après Schweitzer et de nombreux autres auteurs admet d'une façon absolue les lymphatiques dans la pulpe, on pourrait, et les photographies ne le démentent pas, supposer que la circulation lymphatique de la dentine a également son origine dans le ligament.

Nous pensons que cette façon de voir mettra les différentes écoles d'accord. Cette façon de voir s'inspire d'ailleurs de travaux très sérieux, comme nous l'avons noté plus haut.

V

FORMES CLINIQUES DES ADÉNITES GÉNIENNES

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons qu'accessoirement l'adénite tuberculeuse dont nous avons déjà parlé au cours de notre étiologie. Nous noterons, cependant, que ce sera le plus souvent une mono-adénite ayant succédé à une adénite banale s'étant tuberculisée par la suite.

Ses caractères cliniques sont ceux de toute adénite tuberculeuse superficielle. Le ganglion est sous la peau facilement explorable.

C'est une petite masse ronde ou ovoïde peu ou pas douloureuse, primitivement dure. Suivant l'évolution du ganglion, il pourra soit se crétacer, soit se ramollir et suppurer.

Dans ce dernier cas, l'abcès saillant sous la peau amincie finit par suppurer après un stade de fluctuations. La fistule communique dans une cavité irrégulière de dimensions réduites.

Le pus qui s'écoule est un pus caséeux, mal lié, dans lequel le laboratoire découvrira, cependant, rarement la présence de bacille de Koch.

***

Nous envisagerons surtout la symptomatologie des accidents ganglionnaires géniens d'origine dentaire, du type de ceux étudiés par mon père et à propos desquels seize observations prises entre une infinité d'autres dénotent la réelle origine dentaire.

Au point de vue clinique nous aurons quatre formes à étudier:

1) L'adénite aiguë;

2) L'adéno-phlegmon aigu;

3) L'adénite chronique.

Adénite aiguë.

Il s'agit d'un malade présentant, en général, une bouche en mauvais état dont le système dentaire manque de soins. Suivant la topographie de l'adénite, que nous avons décrite dans un chapitre précédent, on aura affaire à un individu présentant une lésion remontant à plusieurs mois ou plusieurs années de dents du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur.

La dent ou les dents en cause sont le plus souvent atteintes de gangrène pulpaire. Très souvent les dents sont entourées par une collerette de tartre. Les gencives sont fongueuses et l'on observe autour du collet de la dent un liseré de gingivites capables d'expliquer l'adénite pour les adversaires de Schweitzer. Les dents peuvent être légèrement mobiles. Quelquefois, il n'existe pas de gangrène pulpaire, mais un examen attentif révèle la présence de racines, soit qu'une extraction ait été incomplète, soit que la carie ait elle-même détruit la couronne de la dent. A l'examen externe, la joue apparaît légèrement tuméfiée, la peau tendue dans la région ganglionnaire, tuméfaction superficielle répondant à la situation superficielle du ganglion. Au niveau de ce ganglion la température se révèle supérieure à la température du côté opposé. L'individu présente une ouverture de la bouche normale; l'os ne réagit pas, le plancher de la bouche est libre.

Le palper bi ou tri-digital, le pouce dans la bouche, l'index et le médius sur le ganglion dénotent un ganglion roulant sous le doigt mais présentant non seule-

ment une induration limitée à lui-même, mais une induration circum-ganglionnaire. Car, comme nous le verrons plus bas, la forme des adénites géniennes aiguës pures est rare: elle coïncide le plus souvent avec un adéno-phlegmon localisé de la joue, que nous examinerons un peu plus loin.

L'état général peut être touché, mais les phénomènes sont variables quant à leur gravité. Tantôt le malade se plaint de courbatures fébriles, d'inappétance, de nausées. Dans ce cas, l'examen de la température révèle une pousse fébrile qui n'est jamais très élevée, mais qui peut cependant quelquefois s'élever jusqu'à trente-neuf, huit.

L'évolution de cette adénite peut varier, tantôt les phénomènes paraissent s'amender spontanément, mais l'amélioration est de courte durée. Car, dans la majorité des cas, le stade d'adénite se complique de péri-adénites avec infiltrations et inflammations du système cellulaire circum-ganglionnaire.

A l'ocasion de ces adénites, mon père a décrit un signe particulier: lorsque, au cours de cette poussée ganglionaire aiguë, on observe en même temps que l'adénite une poussée de lymphangite, l'examen tridigital, dont nous avons parlé, révèle un cordon dur en rapport, d'une part, avec le ganglion atteint et, d'autre part, se dirigeant très souvent vers la région d'où est partie l'infection. L'étude de la direction de ce cordon permet, dans beaucoup de cas, de poser déjà un diagnostic net en ce qui concerne l'origine dentaire.

Cette queue de l'adénite génienne, comme l'appelle mon père, n'a pas été retrouvée par de nombreux auteurs. Cela indique simplement que la lymphangite accompagnant l'adénite n'est pas constante et quand elle n'existe pas, on n'observe, par conséquent, pas de queue d'adénite.

L'évolution de l'adénite est variable. Si l'on n'intervient pas sur la dent causale au moyen de l'extraction, l'adénite évoluera vers l'adéno-phlegmon et la fistulisation. Le pus sera rejeté par la peau, jaunâtre, mal lié, sanguinolent. Au bout de quelques jours, la cicatrisation pourra se produire. Dans ce cas, la cicatrice sera déprimée, radiée, mais cette cicatrisation sera factice car, peu de temps après, à l'occasion d'une nouvelle poussée inflammatoire, les mêmes phénomènes se reproduiront et on n'aura plus affaire à une adénite aiguë, mais à une adénite chronique dont nous parlerons plus loin.

Adéno-phlegmon aigu.

Peu de choses à ajouter à ce que nous avons dit plus haut. Simplement, les phénomènes seront plus accentués. La bouche du malade sera entr'ouverte, la joue sera infiltrée et tuméfiée, la peau sera rouge et luisante dans une zone entourant le ganglion. Les phénomènes généraux seront plus marqués, mais l'évolution sera à peu près comparable.

Comme le note mon père, dans le chapitre des adénites géniennes du *Traité de Stomatologie,* les ganglions sous-maxillaires restent indemnes, car les ganglions géniens, quand ils sont pris, jouent le rôle de nodulles interrupteurs, d'une défense de première ligne interceptant l'infection et la localisant à leur niveau.

Adénite chronique.

Ces deux formes suivront la forme aiguë que nous avons décrite plus haut.

Après avoir observé lui-même une poussée ganglionnaire, le malade, ayant vu cette poussée rétrocéder, ne viendra consulter qu'au bout de quelques mois, quelques années souvent, à la suite de l'ouverture de son ganglion et de sa fistulisation. L'adénite et l'adéno-phlegmon chronique ne provoqueront pas des réactions aussi intenses

que l'adénite et l'adéno-phlegmon aigu. Car, dans presque tous les cas, une fistule s'observera, porte de sortie normale du pus du ganglion et du tissu cellulaire infecté. L'évolution sera indolore ou presque. Les caractères du pus pourront se transformer et c'est alors que l'on pourra observer la tuberculisation du ganglion. Notons, à ce propos, que les observations communiquées par mon père prouvent la rareté relative de ces tuberculoses ganglionnaires.

Les caractères du ganglion atteint d'adénites chroniques ne présentent rien de spécial; la nodosité est indolore. Elle est résistante, mobile, ne présentant aucune adhérence avec le tissu adjacent. La fistulisation peut se produire précocement comme être plus tardive. Mais, dans tous les cas, elle persistera tant que la cause persistera, en l'occurence, la dent ou la racine, comme nous l'avons dit plus haut à propos de l'adénite et de l'adéno-phlegmon aigu.

Diagnostic.

Le diagnostic est, en général, facile. Comme pour l'œuf de Christophe Colomb, il suffit d'y penser. Mais les non-spécialistes ne sont pas encore tous au courant de ces lésions, et, au cours des observations que l'on lira plus loin, on verra plusieurs cas de malades ayant été traités par des pommades, par conséquent, de telle façon que le diagnostic exact n'avait pas été posé.

Le diagnostic s'appliquera à discerner les différentes formes cliniques de ces lésions ainsi que leur localisation. On pourra voir une adénite correspondant aux trois groupes ganglionnaires décrits dans notre topographie, adénite avec ou sans adéno-phlegmon (en fait, il existe toujours un certain degré d'adéno-phlegmon), soit aigu, soit chronique.

Diagnostic différentiel.

Il faudra connaître les différentes causes capables, en dehors des causes gingivo-dentaires, de produire ces adénites.

Il faudra se rappeler que toutes les lésions inflammatoires des lèvres, des joues, des paupières, des ailes du nez, pouront réagir sur les ganglions géniens. Se souvenir du cas décrit par Fournier (*Thèse de Leduc*), où un chancre de l'œil détermina une adénite génienne.

On a décrit également des cas d'adénites géniennes d'origine ourlienne (Catrin, in *Thèse Leduc*), d'origine traumatique, à la suite d'excoriation de la muqueuse jugale, etc...

Il faudra savoir surtout différencier l'adénite génienne d'origine dentaire avec *l'actinomycose*, pour laquelle on observera un trismus précoce, une tuméfaction dure, des ulcérations et des fistules multiples, correspondant au type décrit de la fistulisation en pommeau d'arrosoir. Le laboratoire indiquera les grains de l'*actinomycose*.

Il faudra penser également à la *sporotrycose*, mais, dans ce cas, les gommes seront multiples.

Dans les cas d'actinomycose et de sporotrycose, le traitement ioduré et son action permettra de différencier ces mycoses de l'adénite génienne d'origine dentaire.

Il faudra différencier l'adénite du *furoncle*, qui est plus superficiel, d'une coloration rougeâtre ou violacée, et dont le cratère et le bourbillon pourront le différencier de l'adénite et de l'adéno-phlegmon.

La *fluxion dentaire* qui est une lympho-cellulite de la joue sera plus vaste et beaucoup plus mal limitée. Le vestibule de la bouche sera pris, tuméfié et douloureux, ce que l'on n'observera pas dans l'adéno-phlegmon où le vestibule reste indolore.

L'ostéomyélite du maxillaire inférieur sera également à différencier. L'intégrité de la mandibule, ainsi que

celle du vestibule de la bouche, s'oppose à la tuméfaction et à la douleur du maxillaire que l'on observe dans l'ostéomyélite.

Il ne faudra pas confondre l'adénite génienne avec les *kystes sébacés,* avec les *kystes salivaires.*

Il faudra penser à la possibilité d'une *parotide aberrante.*

Les fistules pourront être confondues avec celles du canal de Sténon, consécutives, soit à une oblitération calculeuse de ce canal, soit à un traumatisme L'écoulement, surtout au moment des repas, sera là pour différencier facilement cette fistule de la fistule consécutive à l'adénite génienne.

La *fistule dentaire* à longs trajets, soit muqueuse, soit osseuse, ne révèlera pas la présence d'un ganglion. Elle s'observera surtout au niveau du menton, de l'apophyse montante du maxillaire, de la bosse et de la fosse canine. En général, elle est très adhérente au tissu osseux; son orifice de sortie est déprimé et fait corps avec l'os, du moins dans les cas de fistules dentaires par voie osseuse.

Les *gommes tuberculeuses et syphilitiques* sont relativement rares à ce niveau, et présentent leurs caractères particuliers.

Les *lipomes,* avec leur consistance spéciale, sont également à citer et nous terminerons notre diagnostic différenciel par les *néoplasmes* de la joue, dont les caractères nous semblent vraiment trop différents pour qu'on puisse les confondre.

Seul, le *lymphadénome,* pourrait donner le change au début, du moins.

Signalons, en ce qui concerne l'adénite naso-génienne, la confusion possible avec une *dacryocystite.*

VI

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui suivent ont été prises ou communiquées par le service de Stomatologie du Docteur Lebedinsky (Hôpital Cochin).

Observation I.

Mme Brouzet, ménagère, âgée de 52 ans, se présente a la consultation de Stomatologie de l'hôpital Cochin au mois de juillet 1920. Mme Brouzet se plaint d'avoir au niveau de l'aile du nez

un « bouton suintant », qui, malgré tous les traitements qui lui furent préconisés par différents médecins, ne cesse de couler depuis deux ans et demi, c'est-à-dire depuis 1918.

La malade se présente dans un bon état de santé générale. Le cœur, les poumons, les reins sont normaux. La malade, mariée, a eu quatre enfants dont trois sont en bonne santé, le quatrième étant mort accidentellement. Antécédents héréditaires, rien à signaler, collatéraux, pas davantage.

L'examen de la face indique, au-dessus et à un centimètre et demi de la partie inférieure de l'aile du nez, dans le pli naso-

génien, un orifice acuminé de consistance légèrement fibreuse, de couleur rouge, orifice laissant suinter du pus que l'expression de l'orifice fait sourdre avec une abondance relative. Le stylet révèle l'existence d'une fistule se dirigeant de haut en bas, vers la région canine. Le palper m'indique un cordon légèrement induré suivant un trajet analogue à celui qui me fut révélé par le stylet. La malade ne présente pas d'adénopathie sous-maxil-

laire, la chaine jugulaire est également indemne. A l'examen intra-buccal, je note l'absence au maxillaire inférieur de la dent de six ans à gauche ainsi que la dent de sagesse à droite. Mais ce qui frappe surtout mon attention, c'est l'état des dents de son maxillaire supérieur. La dent de six ans est carriée. La canine mortifiée à la suite d'une dentinite profonde n'existe qu'à l'état de chicot. Les incisives n'existent plus qu'à l'état de racine.

Eliminant de prime abord, en raison des antécédents de la malade, la possibilité d'un adénite fistulisée d'origine tuberculeuse, le diagnostic d'adénite du ganglion naso-génien d'origine dentaire s'impose au premier chef.

Le traitement causal va suivre: immédiatement on procède à l'extraction de la canine droite en cause ainsi que des racines d'incisives. Ces extractions ont lieu sans incident.

Quinze jours après la malade revenait nous voir. La fistule était entièrement tarie, en bonne voie de cicatrisation. Un mois après la cicatrisation était terminée et ne laissait à la place de la fistule disparue qu'une petite trace que le temps fit presque disparaître par la suite.

Les deux photos qui accompagnent cette observation montrent: la première, la malade telle que nous la vîmes la première fois; la seconde, la même malade lors d'une visite de remerciements qu'elle nous fit en février 1921, par conséquent sept mois après.

Observation II.

M^lle^ Juliette S..., âgée de 23 ans, femme de chambre, se présente dans le service de stomatologie du docteur Lebedinsky, à l'hôpital Cochin, le 24 décembre 1927.

Voici le récit de la malade : elle vient dans le service parce qu'elle présente au-dessus du maxillaire inférieur, dans la partie moyenne, une « grosseur qui suppure ». Il y a un an, nous dit la malade, elle s'est aperçue qu'elle présentait au niveau du corps de la mandibule, une petite dépression indolore sans avoir eu mal aux dents. Cette dépression finit par s'emplir, devint « une

petite boule qui creva » et laissa apparaître un écoulement de pus. A la suite d'une visite à son médecin habituel et sur le conseil de ce dernier la malade vint à Cochin.

Examen : La malade est en bon état de santé générale. Parents vivants. Pas d'antécédents personnels particuliers.

A l'examen externe nous constatons sur le corps du maxillaire, dans le tiers antérieur d'une ligne allant de la symphise mentonnière à l'angle du maxillaire, à un centimètre au-dessus du rebord inférieur du maxillaire, une grosseur du volume d'un petit pois de couleur rougeâtre recouverte en son centre d'une croûte mal collée, croûte recouvrant une légère dépression où j'observe l'orifice d'un trajet fistuleux. La grosseur est dure. Elle est entourée d'une zone d'induration de la superficie d'une pièce de cinq francs. Le palper n'est pas douloureux. Pas d'adénophatie sous-maxillaire, sous mentale ni jugulaire.

L'examen de la bouche nous donne les résultats suivants: pas de trismus, les dents sont en assez mauvais état, particulièrement les dents de six et de douze ans du bas à gauche. Le vestibule n'est pas soulevé et ne présente aucune sensibilité. L'examen bi-digital (un doigt dans la cavité buccale et un autre doigt sur la face externe de la joue) révèle la présence d'une bride partant de la première grosse molaire se dirigeant vers la grosseur.

Diagnostic: Eliminant les possibilités de fistule odontopathique à la suite de l'examen du maxillaire, le diagnostic d'adénite génienne suppurée du groupe sus-maxillaire, adénite d'origine dentaire s'impose à notre esprit. La bride partant du ganglion suppuré n'est autre que la queue de l'adénite décrite par mon père.

Traitement: Le traitement causal s'impose. L'extraction de la dent de six ans est faite. Au bout d'une huitaine de jours (le 31 décembre) la suppuration est tarie et la cicatrisation se poursuit normalement.

Observation III.

M. Combes, garçon de café, âgé de 27 ans, se présente, le 16 juin 1921, dans le service de stomatologie de l'hôpital Cochin. Il se plaint d'un bouton qui coule au niveau du nez depuis deux ans.

Examen du malade. — Général. Le malade n'a pas connu ses parents. Personnellement en plus des maladies banales qu'il eut dans sa jeunesse (rougeole scarlatine, etc.), M. C... est syphilitique, mais sous l'effet d'un traitement qu'il suit à l'hôpital Cochin, son Wasserman est négatif depuis deux ans.

L'examen de la face indique au niveau du pli naso-génien droit, à deux centimètres au-dessus du bord inférieur de l'aile du nez, la présence d'une grosseur que l'examen plus attentif révèle fistulisé, de couleur rougeâtre, indolore, entouré d'une zone légèrement indurée, laissant couler à la pression un pus jaunâtre. Il y a une légère adhérence avec les plans sous-jacents et une bride partant de l'orifice fistulisé se dirige vers la lèvre supérieure.

L'examen de la bouche indique un système dentaire en assez bon état, abstraction faite des incisives centrales et latérales droites, qui sont foncées et dont la couleur indique une mortification déjà ancienne. Pas de carie sur ces deux dents. En fait, il s'agit d'une mortification pulpaire à rétro, consécutive à un violent traumatisme sur cette région: un coup de bouteille qu'il reçut au cours d'une dispute et qui entraîna la section du paquet vasculo nerveux de la dent, suivi de nécrose et infecté secondairement.

Diagnostic: Comme dans les observations précédentes, éliminant les accidents syphilitiques ou tuberculeux, dont les aspects diffèrent, nous posons celui d'adénite génienne fistulisée, le ganglion atteint étant le ganglion naso-génien.

Traitement: Le traitement s'impose, extraction des dents mortifiées, bientôt suivie d'une guérison totale.

Observation IV.

M. C..., ajusteur-mécanicien, âgé de 19 ans, se présente, le 25 juin 1921, à l'hôpital Cochin, au service du Docteur Lebedinsky.

Examen: Le malade a une bonne santé générale. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, sont sans intérêt. A l'examen externe on voit sur la joue gauche, à environ deux travers de doigt en arrière de la commissure des lèvres, la présence d'une grosseur du volume d'une noisette, de couleur violacée, déprimée en son centre où l'on observe l'origine d'un trajet fistuleux. Cette grosseur n'est pas douloureuse. Elle semble retenue sur

les plans sous-jacents par une zone indurée qui la dépasse circulairement de un centimètre et demi environ. Cette grosseur est apparue depuis près d'un an; au début, elle fut douloureuse, le malade se souvient avoir eu la peau tendue à ce niveau, chaude. Petit à petit, les phénomènes aigus rétrocédèrent surtout à partir du moment (six mois après le début) où cette grosseur se mit à suppurer.

L'examen de la bouche révèle en plus de dents malades, qui ne sont pas en rapport direct avec la lésion qui nous intéresse, la présence d'une volumineuse obturation sur sa dent de douze ans. Cette obturation, un amalgame, remonte à quelques années, elle fut faite, raconte le malade, très rapidement et en une séance.

Diagnostic: La présence de cette dent obturée nous dirige immédiatement vers l'idée, à l'exclusion de toute autre, d'une adénite génienne d'un ganglion du groupe buccinato commissural, adénite génienne suppurée, provoquée par une cause dentaire qui n'est autre que la mortification de la dent de douze ans obturée.

Le traitement s'impose: extraction de cette dent suivie par l'arrêt de la suppuration en huit jours.

Comme dans les autres observations la rapidité de la guérison est à noter. La suppuration durait depuis six mois. Elle avait été soumise à différents traitements topiques, dont le résultat avait été inopérant puisque la cause première subsistait.

Observation V.

Mlle D..., Marie, âgée de 19 ans, cartonneuse. La malade se présente à notre consultation parce qu'elle souffre à la partie médiane de sa mandibule d'une grosseur rouge, tendue, douloureuse.

La malade raconte qu'elle a été prise, il y a environ quinze jours, de douleurs au niveau du maxillaire inférieur dans la région de la dent de douze ans, à gauche.

L'examen externe indique la présence d'une grosseur siègeant à un centimètre au-dessus du bord inférieur du corps de la

mandibule, grosseur soulevant la peau légèrement mobile, rougeâtre et douloureuse à la palpation. L'état général de la malade étant bon, rien dans son interrogatoire ne pouvant nous faire supposer une cause générale, nous procédons à l'examen interne de la bouche. L'ouverture de la cavité buccale révèle un certain trismus. La bouche est en très mauvais état, presque toutes les dents sont cariées, particulièrement la dent de douze ans, atteinte de gangrène pulpaire, avec phénomène d'arthrite. Le vestibule est libre, il existe une adénopathie sous-maxillaire bilatérale certainement en rapport avec le mauvais état de la bouche.

Nous pensons immédiatement à un adéno phlegmon génien aigu, d'origine dentaire. Nous procédons à l'extraction des dents condamnées afin de prévenir la fistulisation qui aurait été fatale sans cette intervention radicale. Nous conseillons à la malade de se faire soigner les autres dents sous peine de récidive possible dans d'autres territoires ganglionnaires.

Quinze jours après nous revoyons la malade, l'adéno phlegmon génien a disparu, néanmoins, l'adénopathie sous-maxillaire persiste, présentant toujours la même origine: la malade ayant accepté les extractions, mais ne s'étant pas décidé à faire soigner ses dents qui méritaient de l'être.

Observation VI.

Mme L..., Eugénie, concierge, âgée de 49 ans. Cette observation est calquée sur l'observation V. Un point de détail diffère. Au

lieu d'être venue nous consulter au cours de la période aiguë, Mme L... n'est venue qu'après la fistulisation de son ganglion. Le traitement n'a pas varié, les suites ont été aussi favorables.

Observation VII.

M. A..., D..., ébéniste, rigoureusement semblable à l'observation V. Le volume de la grosseur atteignant celui d'une noix

malgré l'extraction de cette adénite du groupe sus-maxillaire, étant à un stade très avancé, suppura durant deux ou trois jours, puis tarit définitivement.

Observation VIII.

M. B..., Armand, âgé de 22 ans, employé de commerce. Obser-

vation identique à l'observation numéro VI, numéro VII et numéro V.

OBSERVATION IX.

Mlle S..., Yvonne, âgée de 22 ans, se présente à la consultation au mois de mai 1926. La malade est une habituée de l'hôpital où elle suit un traitement anti-syphilitique depuis un an et demi

déjà. D'autre part, Mlle S..., est atteinte d'une lésion cavitaire du sommet droit, qui semble être stabilisée depuis quelques mois. La malade nous vient donc d'un service de médecine qui désire connaître l'avis du stomatologiste à propos d'une lésion à évolution lente pour laquelle on a pensé à une tuberculose ganglionnaire.

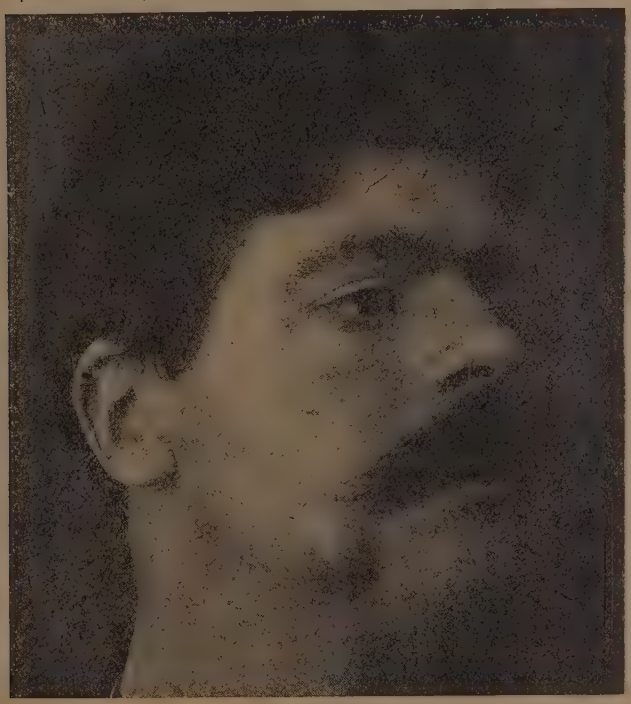
A l'examen: la malade présente dans la région située à environ un centimètre au-dessus de l'arc du maxillaire inférieur, une nodosité assez dure présentant, cependant, un point plus dépressible en son centre. Cette petite grosseur qui n'est pas adhérente aux plans sous-jacents, tout au plus sent-on une petite traînée fibreuse qui semble prolonger cette grosseur vers les tissus souples, vers les tissus souples seulement. La pression exercée sur cette nodosité est indolore. La malade nous raconte que cet accident lui est apparu depuis plus de huit mois, subissant des poussées de gonflement, puis passant par des périodes de rémission. Les services hospitaliers dans lesquels elle s'était rendue n'avaient rien pu faire pour elle. Dans un service de chirurgie, on lui avait proposé d'extirper cette grosseur, ce à quoi elle s'était refusée.

L'examen intra-buccal révèle une bouche s'ouvrant normalement. Le maxillaire inférieur ne présente aucune tuméfaction, les deux tables osseuses étant parfaitement libres. L''examen des dents nous montre les débris mortifiés d'une dent de douze ans et une dent de six ans en voie de mortification au maxillaire inférieur.

Malgré la tuberculose de la malade susceptible de lui provoquer des abcès froids, malgré la présence simultanée d'une hypertrophie ganglionnaire jugulaire, nous pensons à une adénite génienne en voie de fistulisation, adénite du groupe sus-maxillaire, à étiologie dentaire. Les extractions des dents incriminées sont faites. Douze jours après nous revoyons la malade. La tuméfaction a presque disparu. Il n'en restera plus aucune trace au bout de trois semaines.

Observation X.

M. S..., Edouard, âgé de 42 ans, marchand de bois et charbons, vient à la consultation du service de Stomatologie en octobre 1927, Il raconte qu'à la suite d'une excoriation qu'il se fit après



avoir manipulé des morceaux de bois malpropres, une petite grosseur apparut assez douloureuse qui, au bout de peu de temps, prit le volume que nous lui voyons aujourd'hui, c'est-à-dire d'une noix. Bien qu'ethylique à un stade avancé, avec une cirrhose depuis deux ans, le malade ne présente, pour notre spécialité, aucun antécédent particulier. L'examen externe révèle une tuméfaction fortement colorée en rouge, la peau est tendue, chaude, légèrement douloureuse. Sur une zone para-

centrale s'observe un point accuminé dont la présence en dehors des causes dentaires et après le récit que nous fit le malade nous fit penser à un furoncle.

L'examen de la bouche, qui s'ouvre facilement, nous montre que de nombreuses extractions ont été faites remontant à un certain temps. A la place de la dent de six ans du bas, à droite, on observe, émergeant de la gencive d'un millimètre, le débris d'une racine brisée. Après une extraction très difficile suivie d'un curetage, le malade s'en fut chez lui. Nous le revîmes un mois après, guéri de sa lésion qui était certainement une adénite génienne du groupe sus-maxillaire en relation avec la rétention d'une racine infectée.

Observation XI.

M. A..., Lucien, plombier, âgé de 19 ans, a été traité depuis deux ans pour une tuberculose ganglionnaire de la joue. Venu

dans le service pour faire soigner sa bouche nous notons, après un examen extérieur qui nous donne les caractères nets d'une adénite génienne fistulisée chronique avec suppuration, la présence d'une dent de six ans du bas mortifiée. Nous déclarons au malade que probablement nous espérons voir sa lésion jugale disparaître Le malade fut incrédule : il s'était déjà habitué à une lésion qu'aucun traitement n'avait amélioré. Nos pronostics étaient exacts, un mois et demi après le malade venait nous remercier L'incrédulité avait disparu.

Observation XII.

L'observation est comparable à la précédente : le ganglion atteint diffère. C'est un ganglion du groupe buccinato commis-

sural. L'adénite prit fin après l'extirpation de la dent de douze ans du haut, à gauche.

Observation XIII

M J..., Emile, est atteint depuis trois ans d'une adénite génienne du groupe buccinato-commissural. A la suite de la remise en

état de sa bouche, particulièrement l'extraction de molaires et de prémolaires du haut, les phénomènes rétrocèdent en 15 jours.

Observation XIV.

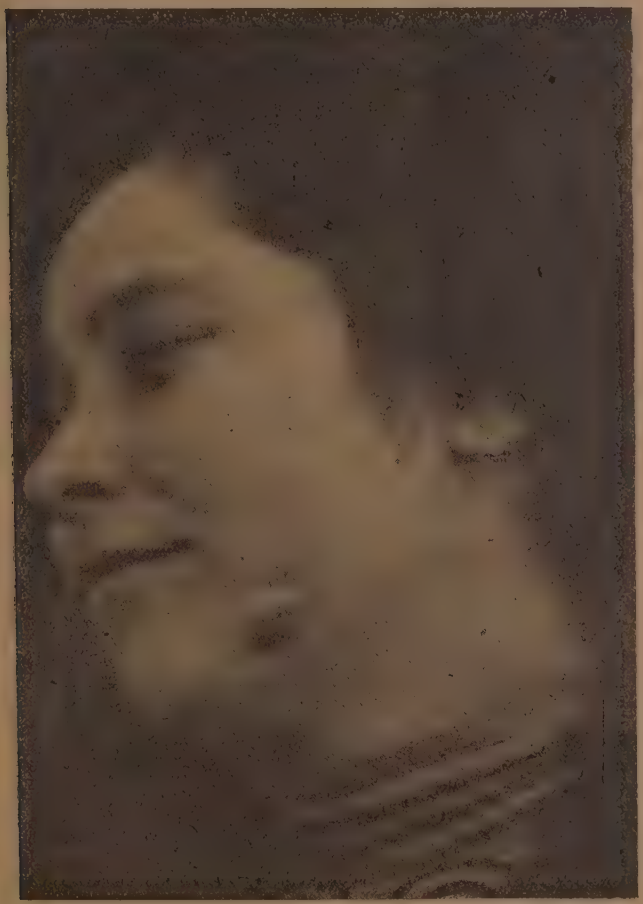
En juin 1926, M. D..., Gilbert, se présente à la consultation de Stomatologie de l'hôpital Cochin. L'examen externe indique dans la région sus-maxillaire droite la présence d'une plaque

croûteuse d'une dimension d'une pièce de cinquante centimes dont l'aspect extérieur fait penser à l'ouverture d'un accident osseux. En effet, cette plaque semble attachée aux plans profonds. Le palper dément cette première impression. L'excavation n'est que très superficielle, elle est sans doute due à une rétractation fibreuse du tégument, consécutive à une suppuration qui dure par accès d'intermittence depuis deux ans.

Après avoir éliminé la possibilité d'accidents osseux, nous avons posé le diagnostic d'adénite génienne dont nous recherchons, par acquit de conscience, l'origine au maxillaire inférieur du même côté, c'est-à-dire à droite. Logiquement l'extraction de la première prémolaire s'impose. Suite normale. Guérison.

Observation XV.

Mme D..., Marguerite, âgée de 32 ans, a subi depuis plusieurs mois différents traitements pour un accident comparable aux accidents des observations précédentes. Nous citerons parmi les



traitements suivis, les rayons ultra-violets, les pommades antiseptiques et les injections modificatrices. Au lieu de s'améliorer, la lésion a empiré, ce n'est qu'après avoir posé le diagnostic d'adénite génienne du groupe sus-maxillaire, adénite d'origine dentaire et pratiqué l'extraction de la deuxième prémolaire du bas, à gauche, qu'une amélioration rapide s'observa suivie en peu de semaines d'une guérison totale.

Observation XVI.

Voici, pour terminer, l'observation d'une localisation relativement rare. Celle de l'adénite du groupe malaire.

Il s'agit d'une M^me^ N..., Juliette, commerçante. La malade nous raconte avoir observé, en même temps que des poussées douloureuses du côté d'une prémolaire qui avait été soignée il y

a sept ans (obturation au ciment au silicate), une légère induration au niveau de la région malaire, bientôt gagnant du terrain, prenant une coloration rouge vineuse, laissant suinter du pus banal, se couvrant de croûtes pendant la période d'arrêt de la suppuration. Le palper n'indique pas d'adhérence mais révèle une bride typique se dirigeant vers la dent incriminée.

Le diagnostic d''adénite génienne du groupe malaire d'origine dentaire étant posé, l'extraction de la prémolaire fut faite suivie de guérison, mais laissant, néanmoins, subsister une légère cicatrice superficielle due à la rétraction des tissus autour de l'orifice fistuleux.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, au niveau de la joue, des ganglions lymphatiques. Ces ganglions ont été entrevus par les anatomistes du XVIII^e *siècle*. Ils furent oubliés jusqu'à la fin du XIX^e siècle, où ils furent étudiés à nouveau, à la suite des travaux de l'Ecole de Lyon (Poncet).

II. — La clinique, plus que l'anatomie, nous fera diviser ces ganglions en trois groupes:

1) Le groupe sus-maxillaire;

2) Le groupe buccinato-commissural;

3) Le groupe malaire, avec le ganglion naso-génien.

Nous laissons de côté les ganglions sous-malaires, plus rares.

III. — Ces ganglions sont relativement inconstants dans leur nombre, leur forme et leur position, mais ils ne sont pas rares.

IV. — Ces ganglions jouent le rôle de ganglions intercalaires; ils sont situés sur les trajets des troncs lymphatiques qui vont des lèvres, des joues, des paupières, du nez et surtout des régions gingivo-dentaires aux groupes des ganglions régionaux, parotidiens et sous-maxillaires.

V. — Pour ce qui est des rapports alvéolo-dentaires:

a) Le groupe sus-maxillaire est en rapport avec la région alvéolo-dentaire, prémolaire et molaire de la mandibule;

b) Le groupe buccinato-commissural est en rapport avec la région alvéolo-dentaire prémolaire et molaire du maxillaire supérieur;

c) Le ganglion naso-génien est en rapport avec la région des canines et des incisives du maxillaire supérieur. (Les incisives et canines inférieures sont en rapport avec les ganglions sous-mentonniers.)

VI. — Ces ganglions sont, fréquemment, le siège d'adénites dont l'origine, dans plus de quatre-vingts pour cent des cas, est bucco-dentaire. Nombre de ces adénites cataloguées comme tuberculeuses et soignées pendant des années comme telles, guérissent en quelques jours à la suite de l'intervention sur la région gingivo-dentaire en cause.

VII. — Le traitement de ces adénites, au microbisme banal, en rapport avec celui de la cavité buccale, s'impose. Il consistera en l'extraction des dents mortifiées, des racines, et dans le curetage de la région ligamentaire infectée.

Ces interventions amèneront, en quelques jours, la guérison des adénites géniennes d'origine alvéolo-dentaire.

Vu: *Le Président de Thèse:* **Cunéo.**

Vu: *Le Doyen:* **Roger.**

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé: **Charléty.**

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Des Adénites géniennes. (*Arch. Prov. de Ch.*, 1895, tome IV, p. 259.)

ARROU. — Maladies du cou. (*Traité de chirurgie clinique*, par Le Dentu et Delbet, tome VI.)

BLANDIN. — *Anatomie topographique.*

BOURGERIE et JACOB. — *Anatomie descriptive et physiologique*, Paris, 1851.

BUCHBINDER. — Uber die Lage und die Erkrankheit der Vangen lymphdrussen. (*Beitr. Zur. klin. Chir.*, 1899.)

BARTELS. — *Das Lymphgefassystem*, Iéna, 1909.

CAPLET-LAPLÈNE. — Les glanglions de la face. (*Thèse de Bordeaux*, 1899.)

CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration*, Paris, 1859.

CONTENEAU. — Adénites d'origine dentaire. (*Thèse de Paris*, 1902.)

CRUET. — *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche.* Paris, Masson, 1907.

DZIERZAWSKI. — *Lymphdrusen des Gesichtes und Erkrankungen der Zahne.*

DEBIERRE. — Des ganglions cervicaux faciaux. (*Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 20 août 1892.)

DELAMARE. — Anatomie du système lymphatique, in *Traité d'anatomie humaine*, Poirier et Charpy, Paris, 1902.

FISH. — *Journal of american dental Association.* The circulation of lymp in dentin émanel, New-York, May, 1927.

GRANDMAISON. — Adénites et lymphangites cervico-faciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale. (*Revue de Stomatologie*, décembre 1899.)

GAILLARD et NOGUÉ. — *Traité de Stomatologie*, Paris 1911 (1re édition).

KORNER. — *Uber die Beziehungen der Erkrankungen der Zahne zu den chronischen Schwelungen an regionarem Drusen*, Berlin 1897.

KUTTNER. — Die Lymphdrusen der Wange und ihre klinische Bedeutung. (*Zentr. Blatt. für Chir.* 1903.)

LEBEDINSKY. — Adénites géniennes. (*Revue de Stomatologie*, juin 1901.)

LEBEDINSKY. — Adénites géniennes. (*Arch. de Stom.*, 1902.)

LEBEDINSKY. — *Gingivo stomatites et polymicrobisme buccal*, 1898.

LEBEDINSKY. — Adénites cervico-faciales. (*Traité de Stomatologie*, 1re édition, Paris 1911.)

LENORMAND. — Les adénites géniennes in *Presse Médicale*, 1927.

LEDUC. — Des adénites géniennes. (*Thèse de Paris*, 1905.)

LEJARS. — Accidents infectieux d'origine dentaire. (*Leçons de Chirurgie*, 1893, 1894, Paris, Masson, 1915.)

LENORMAND. — *Préc. de Path. Chir.* (tome II, 1920, Paris.)

MAUREL (G.). — Deux cas d'adénites géniennes tuberculeuses d'origine dentaire. (*Revue Odontologique*, nos 9, 10, sept.-oct. 1927.)

MASCAGNI. — *Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et ichonographia.* Planche 26, Iéna 1786.

MÉRIEL. — Adénites géniennes sous muqueuses suppurées. (*Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 1900.)

MOST. — *Topographie de l'appareil lymphatique de la tête et du cou*, Berlin 1906.

MONTÈS. — Adénites géniennes. (*Thèse* 1905.)

MOTY. — Phlegmons et fistules consécutifs à la carie dentaire. (*Echo médical du Nord.* Lille, 1897.)

NOGUÉ et HERPIN. — *Traité de Stomatologie* (2e édition, Paris 1928.)

NOYES. — Review of Work of lymphatics of dental origin. (*The Journal of the American dental Association*, avril 1927.)

PARTCH. — Erkrankrungen der Zahne und der Lymphdrusen Odont. *Blätter*, 1899.

POIRIER et CUNÉO. — *Etudes spéciales des lymphatiques des différentes parties du corps*, in Poirier et Charpy, Paris, 1905.

PETIT. — Les adénites de Poncet (*Union médicale*, 1892.)

PRINCETEAU. — Les ganglions lymphatiques de la joue. (*Thèse de Bordeaux*, 1899.)

PREISWRK et CHOMPRET. — Baillière, 1905. Maladies des dents et de la bouche.

RATEAU. — Adénites géniennes. (*Revue de laryngologie*, 1923.)

RICARD. — Adénites pseudo-tuberculeuses. (Cong. franç. de Chir. 1889.)

RICHARD. — Les adénopathies peri-buccales et les dents. (*Paris médical*, 3 septembre 1927.)

ROUSSEAU DECELLE. — Tuberculose et cavité buccale. (*Edit. de la Semaine Dentaire*, Paris 1925.)

ROUVIÈRE. — *Anatomie humaine descriptive et topographique.* Masson, Paris, 1927.

ROY. — Lymphangites géniennes. (*Journal d'odontologie*, 1914, page 481.)

REAL. — *Stomatologie du médecin praticien*, page 53, Paris, Masson, 1926.

SAPPEY. — Leçons sur le système lymphatique. (*Union médicale*, 1874.)

SAPPEY. — *Traité d'anatomie*, 1876.

SASSIER. — Les lymphatiques des parois de la cavité buccale. (*Thèse de Paris*, Amédée Legrand, édit.).

SCHWEITZER. — Les lymphatiques des gencives et des dents. (*Arch. für mikrosc. anat.*, 1907.)

SÉBILEAU. — *Démonstration d'anatomie*, Paris 1892.

Sébileau. — Les différentes formes de septicémie buccale. (*Presse médicale*, février 1921.)

Stahr. — Zahl und sage der submaxillaren lymphdrusen. (*Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth* 1898, p. 144.)

Thévenot. — Des adénites géniennes. (*Gaz. des Hop.*, 21 avril 1900.)

Trendel. — *Beitr. zur klin. Chir.*, 1903.

Truffert. — Diagnostic et traitement des phlegmons périmandibulaires d'origine dentaire. (*Thèse de Paris*, 1919, Arnette.)

Vigier. — Les adénites de la joue. (*Thèse de Lyon*, 1892.)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 1

INTRODUCTION 3

PLAN GÉNÉRAL 5

HISTORIQUE ANATOMIQUE 7

PREUVES D'EXISTENCE DES GANGLIONS GÉNIENS 15

TOPOGRAPHIE CLINIQUE DES GANGLIONS GÉNIENS 19

ETIOLOGIE DES ADÉNITES GÉNIENNES ET TRAITEMENT 23

FORMES CLINIQUES 33

OBSERVATIONS 41

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE 67

SOCIÉTÉ RÉGIONALE
D'IMPRIMERIE
ET DE PUBLICITÉ
VERSAILLES